

Muistutus vastaanotettu
pvm**HENKILÖ, JONKA HOITOA TAI KOHTELUA MUISTUTUS KOSKEE**

Nimi	Henkilötunnus
Osoite	Puhelinnumero

MUISTUTUKSEN AIHE

- Tyytymättömyys potilaan hoitoon tai epäily hoitovirheestä
- Tyytymättömyys potilasasiakirjojen merkintöihin tai saantiin tai salassapitorikkomus
- Tyytymättömyys tiedonsaantiin
- Hoitoon liittyvät mahdolliset tulehdukset, esim. leikkaushaava tai muu komplikaatio
- Lääkkeisiin liittyvä muistutus, esim. lääkemääräys
- Henkilökunnan käytös tai muu kohteluun liittyvä asia
- Potilasonnettomuudet, esim. kaatuminen, putoaminen
- Muu, mikä

HOITOJAKSO, JOTA MUISTUTUS KOSKEE

(pp.kk.vv – pp.kk.vv)

TARKEMPI SELVITYS MUISTUTUKSEN AIHEESTA**MIHIN TOIMENPITEISIIN MUISTUTUKSEN TEKIJÄ TOIVOO KUNTOUTUSSAIRAALAN RYHTYVÄN****MUISTUTUKSEN TEKIJÄN ALLEKIRJOITUS JA YHTEYSTIEDOT**

Pvm	Allekirjoitus ja nimenselvennys
Puhelinnumero	Osoite
Sukulaisuussuhde tai muu yhteys potilaaseen, jos henkilö ei ole itse muistutusta tekemässä	

Muistutuksista saatavaa palautetta hyödynnetään hoidon laatua kehitettäessä. Muistutuksen tekeminen ei rajoita oikeutta kannella muille valvoville viranomaisille. Muistutukseen annetaan kirjallinen vastine (tavoitteena 2 kk aikana). Muistutuksesta annettuun ratkaisuun ei saa hakea muutosta (potilaslaki 15 §).

Lomakkeen palautusosoite: Oulunkylän kuntoutussairaala, Ylilääkäri, Käsälyntie 5, 00640 HELSINKI